

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1924-1925

N° 34

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES
SUR LES
PERFORATIONS GANGRÉNEUSES
DE L'UTÉRUS
DE SIÈGE ANORMAL
DANS L'AVORTEMENT CRIMINEL

(Travail fait à l'Institut Médico-légal)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 19 Décembre 1924

PAR

Marie-Louis-Henri de NAS de TOURRIS

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à Nouméa (Nouvelle-Calédonie) le 19 Juillet 1900

Examineurs de la Thèse	{	MM. LANDE, Professeur	Président
		VERGER, Professeur	Juges.
		ABADIE, Professeur	
		MAURIAC, Agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE

18-20-22, rue du Peugue, 18-20-22

1924

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

34

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

~~FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE~~

ANNÉE 1924-1925

N° 34

M. SIGALES Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LAFLOQUE, RABAT, FILLES, ARNOZAN, POUSON, VILLAR

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

PROFESSEURS

MM.

MM.

SUR	LES
VERGER, Professeur de Clinique médicale	VERGER, Professeur de Clinique médicale
CASABAT, Professeur de Clinique médicale	CASABAT, Professeur de Clinique médicale
CHAVANNE, Professeur de Clinique médicale	CHAVANNE, Professeur de Clinique médicale
BEAUFORT, Professeur de Clinique médicale	BEAUFORT, Professeur de Clinique médicale
GRUCHET, Professeur de Clinique médicale	GRUCHET, Professeur de Clinique médicale
RIVIERE, Professeur de Clinique médicale	RIVIERE, Professeur de Clinique médicale
ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET MICROSCOPIE CLINIQUE	ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET MICROSCOPIE CLINIQUE
ANATOMIE GÉNÉRALE ET HISTOLOGIE	ANATOMIE GÉNÉRALE ET HISTOLOGIE
PHYSIOLOGIE	PHYSIOLOGIE
HYGIÈNE	HYGIÈNE
MÉDECINE LÉGALE	MÉDECINE LÉGALE
TOXICOLOGIE	TOXICOLOGIE
PHYSIOPATHOLOGIE ET CLINIQUE	PHYSIOPATHOLOGIE ET CLINIQUE
CHIMIE	CHIMIE
BOTANIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE	BOTANIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE
PHARMACOLOGIE	PHARMACOLOGIE
ZOOLOGIE ET PARASITOLOGIE	ZOOLOGIE ET PARASITOLOGIE
MÉDECINE EXPÉRIMENTALE	MÉDECINE EXPÉRIMENTALE
OPHTHALMOLOGIE	OPHTHALMOLOGIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 19 Décembre 1924.

MM.

MM.

PAR	PAR
VERGER, Professeur de Clinique médicale	VERGER, Professeur de Clinique médicale
CASABAT, Professeur de Clinique médicale	CASABAT, Professeur de Clinique médicale
CHAVANNE, Professeur de Clinique médicale	CHAVANNE, Professeur de Clinique médicale
BEAUFORT, Professeur de Clinique médicale	BEAUFORT, Professeur de Clinique médicale
GRUCHET, Professeur de Clinique médicale	GRUCHET, Professeur de Clinique médicale
RIVIERE, Professeur de Clinique médicale	RIVIERE, Professeur de Clinique médicale
ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET MICROSCOPIE CLINIQUE	ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET MICROSCOPIE CLINIQUE
ANATOMIE GÉNÉRALE ET HISTOLOGIE	ANATOMIE GÉNÉRALE ET HISTOLOGIE
PHYSIOLOGIE	PHYSIOLOGIE
HYGIÈNE	HYGIÈNE
MÉDECINE LÉGALE	MÉDECINE LÉGALE
TOXICOLOGIE	TOXICOLOGIE
PHYSIOPATHOLOGIE ET CLINIQUE	PHYSIOPATHOLOGIE ET CLINIQUE
CHIMIE	CHIMIE
BOTANIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE	BOTANIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE
PHARMACOLOGIE	PHARMACOLOGIE
ZOOLOGIE ET PARASITOLOGIE	ZOOLOGIE ET PARASITOLOGIE
MÉDECINE EXPÉRIMENTALE	MÉDECINE EXPÉRIMENTALE
OPHTHALMOLOGIE	OPHTHALMOLOGIE

Marie-Louis-Henri de NAS de TOURRIS

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à Nouméa (Nouvelle-Calédonie) le 19 Juillet 1900.

Examinateurs de la Thèse : MM. LANDE, Professeur Président
VERGER, Professeur Juges.
ABADIE, Professeur
MAURIAC, Agrégé

MM.

ANDRÉODIAS	ANDRÉODIAS
LABAT	LABAT
GOISE	GOISE
N.	N.
N.	N.

MM. ROCHER, GOURDON, 18-20-22, rue de la République, 18-20-22

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, VILLAR

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale	VERGER.
Clinique chirurgicale.....	CASSAET.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CHAVANNAZ.
Clinique d'accouchements.	BEGOUIN.
Anatomie pathologique et microscopie clinique....	CRUCHET.
Anatomie	RIVIERE.
Anatomie générale et histologie	SABRAZES.
Physiologie	PICQUE.
Hygiène	G. DUBREUIL.
Médecine légale et déontologie	PACHON.
Physique biologique et clinique d'électricité médicale	AUCHE.
Chimie	LANDE
Botanique et matière médicale	BERGONIE.
Pharmacie	CHELLE.
Zoologie et parasitologie..	BEILLE.
Médecine expérimentale..	DUPOUY.
Clinique ophtalmologique.	MANDOUL.
	FERRE.
	LAGRANGE.
	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ... N.
	Clinique gynécologique... GUYOT.
	Clinique médicale des maladies des enfants..... MOUSSOUS
	Chimie biologique et médicale..... DENIGES.
	Physique pharmaceutique. Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques..... SIGALAS.
	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.... LE DANTEC
	Pathologie externe et chirurgie opératoire et expérimentale N.
	Clinique des maladies nerveuses et mentales.... ABADIE
	Clinique d'oto-rhino-laryngologie... MOURE
	Toxicologie et hygiène appliquée..... BARTHE.
	Hydrologie thérapeutique et climatologie..... SELLIER.

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
Anatomie et embryologie.	VILLEMIN.
Histologie	LACOSTE.
Physiologie	DELAUNAY.
Anatomie pathologique....	MURATET.
Parasitologie et Sciences naturelles.....	R. SIGALAS.
Physique biologique et médicale	N.
Chimie biologique et médicale	RECHOU.
	N.
Médecine générale	MAURIAC.
	LEURET.
	Médecine générale.....
	Maladies mentales.....
	Chirurgie générale.....
	Obstétrique
	Ophtalmologie
	Oto-rhino-laryngologie..
	Pharmacie
	DUPERRÉ.
	CREYX.
	MICHELEAU.
	BONNIN.
	PERRENS.
	ROCHER.
	DUVERGER.
	PAPIN.
	PERY.
	FAUGÈRE.
	TEULIÈRES.
	PORTMANN.
	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ
Médecine opératoire	PAPIN
Accouchements	FAUGÈRE
Clin. des mal. des voies urinaires...	DUVERGEY
Ophtalmologie	CABANNES
	Puériculture
	Démonstrations et préparat. pharmac.
	Chimie pharmaceutique
	Chimie minérale.....
	Hygiène appliquée.....
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes	MM. ROCHER
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle	GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Qu'ils trouvent ici une pensée
affectueuse et reconnaissante.*

A MON COUSIN ET AMI

LE DOCTEUR M. DE PALMAS

A CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE

A MON COUSIN ET AMI

LE DOCTEUR M. DE PALMAS

A MON COUSIN LE DOCTEUR A. BROCHET

MÉDECIN PRINCIPAL DE LA MARINE
SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE
A CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. LANDE

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE ET DE DÉONTOLOGIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*qui nous inspira ce travail et
facilita notre tâche par ses conseils
éclairés.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Les cas de gangrène de l'utérus ont fait l'objet de nombreux travaux.

Extrêmement rares au cours de la grossesse dans sa seconde moitié, on ne les trouve guère que dans les quatre à cinq premiers mois de la gestation. Bien étudiés par beaucoup d'auteurs aux points de vue anatomo-pathologique, clinique et thérapeutique, on sait depuis la thèse du Dr Paul (1906) qu'ils sont dus pour la plupart à des manœuvres abortives. Et, sans avoir à citer tous ceux qui se sont occupés de la question, nous pouvons dire, qu'avant la thèse du Dr Paul, elle n'avait pas encore été vue sous son aspect médico-légal, et que c'est lui qui, réunissant les notions déjà acquises, d'une part, fixait, d'autre part, l'attitude du médecin légiste ou du chirurgien trouvant une plaque de sphacèle sur un utérus ayant expulsé un œuf de deux à quatre mois. Ainsi, après les études anatomo-pathologiques et cliniques destinées à orienter et préciser les indications thérapeutiques, venait la question judiciaire.

Si l'on peut dire qu'il y a eu des manœuvres abortives quand on constate la présence d'une zone nécrosée et septique sur un utérus, peut-on dire si la femme a subi les manœuvres criminelles, ou si elle les a exercées elle-même? Telle est la question importante que se posait le Dr Lande, en face de la pièce que nous reproduisons plus loin. Le cas était intéressant, en effet : le siège de la région gangrenée n'était pas le siège habituel. Au lieu du fond utérin, ou de son voisinage (l'abouchement des trompes), c'est la paroi postérieure qui était mortifiée et putride.

Inspiré par le Dr Lande nous nous sommes mis aussitôt à la recherche de cas analogues, pour essayer d'en tirer des conclusions utiles à la Justice. Et nous ne cacherons pas la difficulté de notre travail. Les perforations gangréneuses de l'utérus sont, en effet, très rares. Nous avons compulsé les annales d'obstétrique et de gynécologie de France et nous avons trouvé relativement peu de cas publiés. Qu'il nous soit permis de citer la statistique que nous avons pu établir d'après les comptes rendus des hôpitaux de Bordeaux où de 1904 à 1924 nous n'avons trouvé que quatre cas. Qu'est-ce, en comparaison du nombre d'avortements soignés dans le service d'isolement de Canolle à Bordeaux, où sont dirigées toutes les infectées de la Maternité. D'autre part, les observations recueillies à Bordeaux ou ailleurs notent presque toutes la présence de la lésion typique au niveau du fond utérin. On la retrouve sur la ligne médiane, surtout, puis sur les cornes près de l'abouchement des trompes, mais il est peu fréquent de la trouver sur la paroi antérieure ou la paroi postérieure. Sur 49 observations de femmes ayant fait un avortement criminel, et ayant fait une perforation gangréneuse, on n'observe, dans la thèse de Paul, que 7 fois un siège anormal de la perte de substance.

Ce sera donc sur un nombre restreint de documents que nous étudierons la possibilité d'orienter le médecin expert vers une plus grande précision dans ses conclusions (précision qui aidera la Justice).

Et la difficulté de notre tâche étant ainsi mise en évidence, nous nous efforcerons de dire dans quelles conditions on pourra admettre qu'une femme décédée, dont l'autopsie aura révélé la perforation gangréneuse de l'utérus, aura subi ou pratiqué elle-même les manœuvres abortives.

Le cas était loin d'être simple. La région ganglionnaire du fond utérin ou de son voisinage, c'est la paroi postérieure

CHAPITRE PREMIER
sans le stériliser : l'aseptase n'est point une connaissance vul-
gaire. La tige de métal dite « canule à matrice » et la bande
signifiée à tricoter sont couramment employées pour pon-
ctionner l'œuf ; la longue canule en os, munie de sa poire en
caoutchouc, pour introduire le stylet, est également employée.
D'autres moyens

LES PERFORATIONS GANGRÉNEUSES
Que devient l'utérus traumatiqué sans doute, quand le

DE SIÈGE ANORMAL
but est atteint ? La structure utérine est atteinte quand l'œuf
seul est lésé (ses membranes transpercées ou décollées), l'a-
vortement suit dans les délais normaux. Si l'infection n'est
pas trop grande, de légers troubles sont la rançon du souci
disparu, la femme peut vaquer à ses occupations. C'est le

Sans vouloir retarder, après tant d'autres, l'étude des per-
forations gangréneuses de l'utérus, considérons les deux manières
de les provoquer : la première est celle qui a été décrite par
M. J. B. et nous est impossible de ne pas la rappeler briève-
ment, et nous nous en excusons d'avance.

Considérant les procédés criminels employés, nous ferons
un rapide exposé des lésions entraînées et de leur siège le plus
fréquent, pour donner ensuite quelques précisions sur les
perforations de l'utérus, situées dans des portions rarement
atteintes. Les observations recueillies nous serviront alors
pour illustrer notre description, enfin, nous nous attachons
à jeter quelque clarté sur l'état d'esprit d'une femme qui
veut se faire avorter, et nous la montrerons aux mains
de la matrone ou livrée à ses propres moyens.

1. Il nous a semblé intéressant de rapporter l'observation suivante de M. J. B.
Péry, Bourcier, Marnet, publiée dans le Bulletin de la Société d'Obstétrique et de
Gynécologie de Bordeaux du 5 février 1924. — L'hémorragie grave a été consécu-

La liste des instruments utilisés pour provoquer l'avorte-
ment n'a point sa place ici. Elle est connue du médecin et
aussi, malheureusement, du public ; il serait donc fastidieux
de la donner tout au long, dans sa variété. Qu'il nous soit per-
mis de dire simplement que tout objet suffisamment tenu
pour pénétrer dans la cavité utérine par l'orifice cervical et
suffisamment long pour atteindre l'œuf, peut servir pour in-
terrompre la course d'une grossesse qui commence. La femme
enceinte elle-même ou la faiseuse d'anges en feront usage

sans le stériliser : l'asepsie n'est point une connaissance vulgaire. La tige de métal dite « canule à matrice » et la banale aiguille à tricoter sont couramment employées pour ponctionner l'œuf : la longue canule en os, munie de sa poire en caoutchouc, pour injecter violemment un liquide, est également en vogue pour décoller les membranes. D'autres moyens sont mis en usage que nous ne citerons pas.

Que devient l'utérus traumatisé ? Sans doute, quand le but est atteint, sans dégâts pour lui, c'est-à-dire quand l'œuf seul est lésé (ses membranes transpercées ou décollées), l'avortement suit dans les délais normaux. Si l'infection n'est pas trop grande, de légers troubles sont la rançon du souci disparu, la femme peut vaquer à ses occupations. C'est le cas le plus fréquent ; les médecins des hôpitaux et ceux de la ville ne voient qu'une infime proportion des femmes ayant provoqué leur avortement. Mais quand l'instrument, aveugle, cherche sans le trouver, l'œuf, et qu'il s'égare dans la paroi utérine, ou bien il la perfore totalement, causant une hémorragie rapidement mortelle¹, ou bien il s'arrête en pleine épaisseur du muscle utérin et l'inocule. Souvent c'est la portion fundique et médiane qui est ainsi infectée, et comme les artères y sont terminales, la thrombose des vaisseaux amène bientôt dans le territoire mal nourri une nécrose septique.

Que la portion sphacelée ait le temps ou non de s'éliminer,

1. *Il nous a semblé intéressant de rapporter l'observation suivante de MM. Féry, Boursier, Mangé, publiée dans le Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux du 5 février 1924.— L'hémorragie grave a été consécutive à une manœuvre abortive.*

Mme Z., 35 ans, enceinte de 1 mois environ. Après une tentative d'avortement faite avec une sonde molle (?) la malade éprouve dans le bas ventre une douleur très vive qui persiste sans arrêt. Légère hémorragie. La malade nous est amenée 12 heures après dans un état désespéré. Le pouls est à peine perceptible, la respiration est de 60 à la minute. Diaphragme immobile, le sérum intraveineux et le traitement institué n'améliorent nullement la malade qui meurt quatre heures après son entrée. Nous portons le diagnostic de perforation utérine avec hémorragie intra-péritonéale.

L'autopsie confirme le diagnostic, la cavité péritonéale est pleine de sang, l'abondance de l'hémorragie était comparable à celles que donnent les ruptures degrossesse tubaire. Au niveau de la corne droite petite perforation.

provoquant ou non une perforation qui met en communication la cavité utérine avec la cavité péritonéale, la malade succombe à une péritonite aiguë extrêmement septique avec des phénomènes d'intoxication grave (tel que l'ictère, souvent constaté). La plaque de gangrène siège, dans la plupart des cas, au niveau du fond « D'ailleurs, dit le Dr Paul, ce n'est pas toujours sur le plan médian du fond que siège la perforation, parfois l'instrument a un peu dévié et s'est porté à droite ou à gauche... » au niveau des cornes... « Quand la perforation ne siège pas au niveau du fond, elle n'en est jamais très éloignée. » Tous les auteurs s'accordent pour attribuer la plus grande fréquence aux cas situés sur le fond utérin.

Dans les observations que nous nous sommes procurées, postérieures à 1906, plusieurs notaient une perforation au niveau du fond. Nous les avons éliminées, sauf deux ou trois qui nous seront utiles pour l'analyse du sujet. Celles que nous avons conservées présentent un siège anormal net. Au niveau de l'isthme, tantôt la perforation siège à droite (alors on la trouve soit dans l'épaisseur du ligament large avec localisation de l'infection, soit en dehors du ligament avec infection généralisée du péritoine); tantôt elle se fait aux dépens de la paroi postérieure menaçant le Douglas ou le rectum; enfin elle peut se trouver sur la paroi antérieure. En résumé, sur l'isthme utérin, on peut trouver la trace mutilante de l'instrument septique au niveau de toutes ses faces¹.

1. Nous n'en avons pas trouvé sur la face gauche, mais le Dr Paul dit que Beckmann en a signalé.

provoquant ou non une perforation qui met en commun la cavité utérine avec la cavité péritonéale, la malade succombe à une péritonite aiguë extrêmement septique avec des phénomènes d'intoxication. CHAPITRE II

LES OBSERVATIONS DE PERFORATIONS GANGRÉNEUSES DE L'UTÉRUS

« ou à gauche... » au niveau des cornes... « Quand la perforation n'est pas au niveau du fond, elle n'est jamais très éloignée. » Tous les auteurs s'accordent pour attribuer la plus grande fréquence aux cas situés sur le fond utérin.

Observation 1

Dans les observations que nous avons réunies, nous enregistrons à 1906 plusieurs cas de perforation au (Société d'Obstétrique et de Gynécologie, Lunéville, 1913, p. 380).

N. Bichat. — Un cas de gangrène utérine d'origine abortive.

Deux perforations, l'une sur l'isthme l'autre sur le fond.

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans qui entre à l'hôpital de Lunéville le 26 décembre 1912 dans un état particulièrement grave. Tout

ce que nous pouvons savoir, c'est que cette jeune fille l. pare avait

fait le 22 décembre, c'est-à-dire quatre jours auparavant, un avor-

tement au quatrième mois d'une grossesse qui s'était passée jusque là

sans incident. La sage-femme n'avait été appelée qu'après l'expul-

sion du fœtus et du délivre, et n'avait rien remarqué d'anormal. C'est

seulement 3 jours après l'avortement, c'est-à-dire le 25 décembre

que la sage-femme fut frappée du mauvais état de la patiente. Et

le 26 décembre en état si étendu encore, aggraver, on se décide à faire

appeler un médecin, notre excellent confrère le Dr B. qui justement

alarmé en présence des symptômes particulièrement graves observés

fait transporter la malade à l'hôpital. A son entrée nous constatons

l'état lamentable de cette malheureuse.

Le ventre est ballonné, dur, très douloureux à la palpation; il n'y a pas eu d'émission de gaz depuis la veille. Le nez est froid, la figure angoissée, le facies grippé. Pouls, 140. Temp. 36°.

Au toucher nous notons une sensibilité excessive des culs-de-sacs

Il est impossible de se rendre compte du volume de l'utérus. Le col est entr'ouvert et donne issue à un liquide noirâtre assez abondant, excessivement fétide. Enfin la malade est en proie à des vomissements incessants et très pénibles, de nature franchement fétaloïde. Elle n'a nié pas la provocation à l'avortement mais, malgré notre insistance, il est malheureusement impossible de recueillir aucun renseignement sur la nature du procédé employé. Malgré l'état particulièrement grave de cette malade, en présence des signes d'une péritonite généralisée, pensant à la possibilité d'une perforation utérine, et ne voulant pas refuser de tenter, malgré les faibles chances de succès qui restaient, la dernière chance de salut qui restait, je résolus l'opération immédiate avec l'assistance du Dr Job. Après anesthésie à l'éther, particulièrement difficile en raison des vomissements de la malade, une laparotomie nous fait tomber d'abord sur un épiploon adhérent à la paroi.

Cet épiploon détaché et récliné en haut, il s'échappe de la cavité abdominale un 1/2 litre environ de liquide noirâtre, excessivement fétide, à odeur de gangrène tout à fait spéciale, siégeant dans le bassin et vers la fosse iliaque. Le liquide éponge, nous apercevons l'utérus, assez volumineux, mou, de coloration générale rouge foncé et présentant sur sa face antérieure deux plaques, l'une à la portion moyenne, près du bord latéral gauche, du volume d'une pièce de 5 francs; l'autre située près du fond de l'organe et un peu plus petite. Toutes deux sont de coloration franchement noire. La plus grande des deux plaques présente une perforation centrale qui fait communiquer la cavité utérine avec la cavité péritonéale. Au niveau de ces plaques le tissu utérin est extrêmement mince et ne présente aucune consistance.

En présence de ces lésions nous pratiquons rapidement l'hystérectomie abdominale totale. Nous sommes frappés à ce moment par l'état des vaisseaux : les veines utérines et les veines utéro-ovariennes sont thrombosées et le calibre des artères est singulièrement réduit. L'opération est terminée par un drainage abdominal et sus-pubien, et par l'injection d'une forte dose d'huile camphrée au 1/100 dans le péritoine. Malgré la rapidité de l'intervention et la mise en œuvre de tous les moyens utilisés en pareil cas, la malade succombe le len-

demain de l'opération, trop profondément infectée pour avoir persisté plus longtemps à cette septicémie suraiguë.

La perforation de la plus étendue des deux plaques semble secondaire et due à la chute d'une escharre.

Sans doute ces lésions de l'utérus ont été causées par un liquide caustique.

Ici perforation gangréneuse : 1° de la face antérieure de l'isthme; 2° du fond utérin.

Observation II

(Tirée de la *Thèse* de Zehnter, Strasbourg, 1920-21).

Un cas de perforation gangréneuse de l'utérus à la suite de manœuvres abortives.

Triple perforation gangréneuse de l'utérus au 3^e mois chez une III^eipare de 37 ans. Intervention criminelle avouée (injection intra-utérine d'eau de savon). La malade succombe 19 heures après son arrivée à la clinique.

A l'autopsie : on trouve, à part une septicémie, deux petits trous au fond de l'utérus et *une large perforation d'un diamètre de quatre centimètres à la paroi antérieure*, au niveau de l'isthme utérin, faisant communiquer la cavité utérine avec l'espace utéro-vésical.

Ici perforation gangréneuse : 1° de la face antérieure de l'isthme; 2° du fond utérin.

1. Cette observation ainsi que celle que nous donnons plus loin, tirée du même auteur, ont été recueillies dans le *Bulletin de la Sté d'Obstétrique et de Gynécologie* de 1921, la thèse du D^r Zehnter n'ayant pas été imprimée, comme bon nombre d'autres soutenues dans le courant de l'année à Strasbourg.

Observation III

(Thèse de Paul, obs. 21, tirée de Lesser : *Vierteljahrsschrift für Gerichtliche Medicine*, Berlin 1886).

Un cas de perforation utérine post-abortive.

Femme, II pare, enceinte de 7 mois fait un avortement criminel d'un fœtus de 34 cm.

Mort 2 jours plus tard.

Autopsie : *Sur la paroi antérieure* de l'utérus perforation et infiltration diffuse et sanglante avec un début de nécrose.

Ici perforation gangréneuse **de la face antérieure.**

Observation IV

(Thèse de Rebreyend, Paris 1901, p. 187. Obs. de M. le Pr Poirier).

Déchirure traumatique de l'utérus, péritonite localisée autour de l'utérus. Drainage abdomino-vaginal.

Mme B..., entrée à l'hôpital Tenon, le 30 décembre 1899, pour des accidents graves *post abortum*. Les dernières règles remontent au 18 septembre 1899. Interrogée elle avoue s'être fait elle-même une injection intra-utérine d'eau de savon avec une canule en caoutchouc durci. Elle ressentit aussitôt des douleurs intolérables « à crier » dans le bas ventre. Bientôt après survinrent des vomissements verdâtres, l'expulsion de l'œuf eut lieu le 27 décembre, au milieu des douleurs mais sans hémorragie considérable.

Les 28 et 29 décembre les douleurs persistant, le ventre se ballonne, la fièvre s'allume. Il y avait du hoquet, des vomissements fréquents et verdâtres témoignant de l'existence d'une péritonite généralisée. A son entrée en chirurgie la malade est examinée par l'interne de garde (ancien interne en chirurgie) qui constate un écoulement utérin de mauvais aspect (séro-purulent) et un utérus gros et douloureux.

Il pensa à une rétention de membranes et fit à 9 h. du soir un curetage prudent avec la curette mousse de Recamier en usage dans le service. Curetage suivi d'une irrigation utérine abondante à l'eau bouillie. Tamponnement à la gaze aseptique.

Le lendemain et le surlendemain l'état généraux s'améliore, plus de vomissements mais la température reste au-dessus de 38°, le pouls est rapide, le facies pâle et grisâtre.

2 janvier : pansement par l'interne de service. Au toucher le col largement ouvert, mou, admet 2 doigts. Dans la partie droite du petit bassin on délimite par le palper combiné une tumeur arrondie, rénitente, semblant légèrement mobile à la pression. Cette masse paraît être le corps de l'utérus gros, dans le cul-de-sac postérieur gauche, tuméfaction douloureuse assez volumineuse collée à l'utérus et donnant l'impression d'une annexite avec péri-annexite. A ce moment le diagnostic porté est le suivant : gros utérus infecté; peut être mal vidé avec annexite : injection intra-utérine matin et soir.

Le 4 janvier au retour des vacances du jour de l'an M. Poirier voit la malade dans son lit, fait le toucher vaginal, constate l'existence d'un utérus gros laissant suinter un liquide sanieux très fétide, puis fait transporter immédiatement la malade à la salle d'opération.

Sur la table d'opération : examen au speculum; par l'orifice utérin on voit qu'il s'écoule une quantité de pus extrêmement fétide. Au toucher on ne retrouve plus la volumineuse tumeur latérale droite que l'on avait constatée les jours précédents, la sonde de Doléris introduite dans l'utérus pénètre sans l'ombre de résistance à une profondeur telle que M. Poirier porte le diagnostic de rupture utérine.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, œdème du tissu sous-péritonéal et pré-vésical. Derrière le péritoine incisé apparaît l'épiploon vascularisé formant un gâteau induré et adhérent à l'utérus. Au-dessous de l'épiploon le doigt ouvre une grosse collection suppurée péri-utérine droite et sent l'extrémité du drain qui avait été mis dans l'utérus pour assurer l'écoulement du pus. Après essuyage du pus, le globe utérin paraît rouge.

Sur sa paroi antérieure existe une déchirure irrégulière à bords déchiquetés et sphacelés longue d'environ 4 cm. et de forme anguleuse en forme de Z très allongée. En arrière de l'utérus grosse collection

purulente dans le cul-de-sac postérieur. Au voisinage de l'utérus les anses grêles sont vascularisées et dépolies; il y a des signes évidents d'une péritonite généralisée.

M. Poirier agit alors la question de savoir s'il doit enlever l'utérus; les lésions lui paraissant limitées, il prend le parti de laisser en place en drainant largement. Il introduit dans l'utérus, par la déchirure, un gros drain qui descend dans le vagin et ressort par la plaie abdominale. De plus quatre autres drains sont placés dans toutes les directions dans la partie inférieure de la cavité abdominale. 1 litre de sérum dans la saphène.

Les suites opératoires sont bonnes. Sérum intraveineux. Divers lavages abdominaux par les drains que l'on retire les jours suivants un à un. La malade sort guérie le 5 mars. Ses règles sont revenues depuis le 25 janvier.

Ici perforation gangréneuse de la face antérieure.

Observation V

(Thèse de Morlet, Paris, 1905, page 60).

S... B..., 17 ans. Entre à l'hôpital Bichat le 5 janvier 1905 ayant fait quatre jours avant une fausse couche de 2 mois 1/2 environ, d'après la date de ses dernières règles (21 octobre 1904). De son utérus, dont le col reste entr'ouvert un liquide sanieux grisâtre s'écoule répandant une odeur fétide : 37° le matin, 37°5 le soir.

L'écoulement persistant malgré les injections intra-utérines il lui est fait le 17 janvier, par un externe du service, un curettage qui ne ramène pas de débris placentaires. Ecouvillonnage à la glycérine créosotée, injections intra-utérines au permanganate. A aucun moment il n'a été remarqué quelque chose d'anormal pouvant faire supposer une perforation utérine. Le lendemain 18 janvier température 36°1, pouls très faible et très rapide 130. La malade n'a eue ni vomissement ni diarrhée, son ventre n'est pas douloureux.

Mort le 18 janvier à midi, un peu plus de 24 heures après le curettage.

Autopsie : Aucun signe de péritonite. A l'examen de l'utérus en place on remarque à la face postérieure du col, un peu à gauche de la ligne médiane une ecchymose sous-péritonéale qui fait penser que peut-être l'utérus a été perforé en ce point. Ablation de l'utérus en entier avec ses annexes. On remarque alors *une autre ecchymose à la face antérieure de l'isthme utérin*, un peu à gauche de la ligne médiane, ce qui laisse à penser que l'utérus a été également perforé en ce point. Ouverture de l'utérus par sa face antérieure en ayant soin de passer en dehors de l'ecchymose qui y siège.

La cavité du col ne présente aucune trace d'effraction répondant à l'ecchymose sous-péritonéale remarquée à la face postérieure du col. *Mais une anfractuosité très nette, cratériforme, est notée au niveau de l'ecchymose [remarquée à la face antérieure]* : un stylet mousse est introduit dans cette anfractuosité et vient soulever le tissu cellulaire péri-utérin démontrant la réalité d'une perforation utérine au niveau de l'ecchymose remarquée extérieurement.

L'examen microscopique révèle une perforation à la face antérieure avec un tissu utérin présentant des lésions diffuses de lymphangite et de phlébite avec nombreux abcès miliaries au fond. Il s'agit là d'un utérus très infecté ce qui permet d'expliquer la mort en quelques heures par septicémie péritonéale suraiguë.

Ici perforation de la face antérieure.

Observation VI

(MM. Balard et Monod, publiée dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1922).

Cas de perforation gangréneuse de l'utérus à la suite de manœuvres abortives.

Il s'agit d'une femme de 34 ans qui entre à Canolle à 5 h. 1/2 de l'après-midi, le 15 août 1922. Elle dit avoir été prise dans la matinée de malaises avec frissons tandis que s'écoulaient quelques pertes par la vulve. Et comme elle admet la possibilité d'une grossesse elle

s'est fait conduire à la Maternité (où elle a accouché normalement il y a 10 ans). De la Maternité on la dirige sur Canolle (pavillon des infectées).

Bien réglée jusqu'au mois de juin. Réglée du 12 au 14 juin 1922,

Pas de règles au mois de juillet 1922, ce qui coïncide avec une reprise de relations sexuelles, longtemps interrompues auparavant. Donc pas de doute sur la possibilité de la grossesse.

Le 20 juillet, venue à Bordeaux, pour ses occupations de lingère, comme chaque semaine, elle se procure chez un droguiste des paquets tout préparés pour faire revenir les règles et en absorbe 3 par jour sans succès. Elle se décide alors à introduire dans son col utérin « une queue de persil », dit-elle; ce qui provoque l'écoulement de quelques gouttes de sang. Mais elle ajoute n'avoir pas laissé la plante en place et déclare, sans avoir été questionnée à ce sujet, qu'elle ne s'est jamais introduit de canule dans l'utérus.

Le 15 août au matin elle prend le train pour Bordeaux sans se plaindre de rien. De la céphalée et des malaises apparaissent; et, en arrivant, elle ressent une grande fatigue et un violent frisson. Une tasse de chocolat et un grog chauds absorbés sont immédiatement rejetés. Quelques pertes vaginales. A 1 h. de l'après-midi, elle va à la maternité, et fait à pied 400 mètres pour venir jusqu'à Canolle.

A 5 h. 1/2 de l'après-midi, à Canolle, l'examen de la malade est pratiqué.

Le teint ictérique (qu'elle n'avait point remarqué), le facies grippé avec un regard anxieux, elle est fortement dyspnéique sans cyanose, répondant d'une voix éteinte et saccadée aux questions posées. La langue et les lèvres sont recouvertes de fuliginosités.

Pouls, 120. Température, 38°4. Respiration 48.

La soif est vive, la langue sèche. Anorexie. Pas de vomissements autres que ceux de la matinée. Diarrhée prononcée (deux selles semi-liquides) de coloration brun verdâtre). Estomac dilaté. Pas de ballonnement du ventre qui présente une légère défense musculaire à la palpation, mais sans douleur. Flancs et fosses iliaques sonores. Foie normal, rate non percutable. Rein droit douloureux à la pression. A part la dyspnée, rien d'anormal au point de vue respiratoire. Au point de vue circulatoire, tachycardie avec arythmie et la tension artérielle prise à l'oscillomètre Pachon est de :

Mx : 11 1/2. Mi : 9 3/4. Io : 1.

Au point de vue urinaire la sonde ne retire que 30 cc. d'urine rouge foncé et où l'examen décèle une grosse proportion de sang avec spectres de l'hémoglobine et de la methemoglobine, 3,20 d'urée par litre et pas de pigments biliaires. La malade avait eu sa dernière miction le matin à 7 h. Reflexes rotuliens brusques, légèrement exagérés, mydriase légère à droite.

L'examen gynécologique pratiqué donne les résultats suivants :

Quelques pertes glaireuses sanguinolentes;

Col de volume normal légèrement ramolli, non entr'ouvert.

Corps utérin antéfléchi, augmenté de volume, peu douloureux.

Culs-de-sac libres, souples.

Annexes non augmentées de volume.

On fait le diagnostic d'intoxication aiguë de cause inconnue avec ictère toxique. Le curage étant impraticable on place une tige de laminaire. Ventouses scarifiées lombaires, sérum glucosé, adrénaline par voie buccale, tonicardiaques...

L'abattement, la dyspnée augmentent, le cœur devient très irrégulier. Mort le 16 août à 2 h. du matin.

Autopsie : le 16 août 1922 à 10 h. du matin. On trouve dans la cavité péritonéale du liquide sanguinolent fétide. L'utérus, du volume d'un gros poing, est antéfléchi. Il présente *sur son bord latéral droit une plaque de sphacèle* de la dimension d'une pièce de 5 francs. Il s'en écoule un liquide puriforme infect. Pas de lésion notable du col. La muqueuse utérine est gangrenée sur toute son étendue. On ne retrouve pas trace de l'œuf. Rien d'anormal du côté des annexes.

Pas de réaction péritonéale, pas de brides; les anses grêles ne sont pas dilatées.

Le foie est d'aspect jaunâtre, il pèse 1.600 grammes.

Les reins sont congestionnés, le droit surtout (180 gr.) gauche (175 gr.).

Rate d'aspect normal (320 gr.).

Cœur pâle et mou (325 gr.). Liquide hématique dans la cavité péricardique.

Poumons normaux : 375 gr. (droit), 325 gr. (gauche).

Ici perforation gangréneuse du **bord latéral droit**.

Observation VII

(Thèse de Paul, p. 101).

Anne-Marie N..., cuisinière, était enceinte de 3 mois environ. Le 21 juillet sa maîtresse, qui s'en va en voyage, la laisse en bon état de santé; le 22, à son retour, elle voit sortir de la chambre d'Anne-Marie N. une vieille matrone qui, le soir même, revient encore, et reste même assez longtemps avec la jeune fille. Dès le lendemain, Anne est prise de très violentes douleurs avec des vomissements; une teinte ictérique de la peau fait même croire à un empoisonnement par le phosphore. Par la vulve on constate une assez forte hémorragie. La malheureuse fille meurt le 30 juillet. Interrogée sur la possibilité d'un avortement elle a nié et a prétendu que sa fausse-couche était due au port d'un panier trop lourd.

Autopsie : Utérus largeur 9 cm., longueur 13 cm., épaisseur 22 cm.

Dans la cavité utérine on trouve un liquide fétide brunâtre ichoreux couleur goudron, la muqueuse est transformée sur une profondeur de quatre millimètres en une bouillie nécrotique. *Vers le milieu de la paroi postérieure de l'utérus il y a une perforation béante, longue de 3 cm. sur 2 cm. de large avec des bords nécrosés et gangréneux.* A la surface extérieure, la substance utérine, aux alentours de la perforation, est nécrosée à 1 cm. au pourtour. Le reste de l'organe est sain.

L'auteur conclut à une perforation faite dans des manœuvres abortives.

Ici perforation de la **face postérieure**.

Observation VIII

(Thèse de Paul, p. 114, tiré de Weston).

L'auteur présente un utérus avec gangrène, qui a été enlevé à une femme morte 4 jours environ après un accouchement prématuré, à l'époque où la grossesse ne pouvait être diagnostiquée d'une façon certaine.

C'était, évidemment, un cas d'avortement fait par la patiente elle-même ou par quelque amie. La pièce montre *une aire de gangrène localisée*, très limitée de 1 pouce 1/2 de diamètre, *située sur le fond de l'utérus* sur le côté gauche, avec deux perforations traversant le tissu utérin et conduisant dans la cavité abdominale. *Il y avait une seconde aire de gangrène sur la face postérieure*, ayant à peu près la même dimension que la précédente, et s'étendant à travers toute la paroi utérine.

Péritonite septique généralisée.

Il y avait aussi deux phlyctènes gangréneuses dans le col et s'étendant à travers la portion musculaire, jusqu'au péritoine mais ne l'entamant pas.

Ici perforation gangréneuse : 1° **de la face postérieure;**
2° **du fond.**

Observation IX

(Thèse de Maleef, Lyon 1904, p. 44).

Péritonite abortive par perforation de l'utérus. Infection.

Mort. Autopsie

B.. Marie, entrée à la première infirmerie le 9 septembre 1904. Agée de 21 ans. Parents vivants et bien portants. Bonne santé habituelle. Cependant la malade aurait été l'an dernier à Sainte-Madeleine, en traitement pour annexite probablement. Menstruations : Régliée à 13 ans, régulièrement; durée 5 à 6 jours. Grossesse antérieure : une 18 ans (1902) normale. Accouchement, enfant vivant.

Grossesse actuelle. Dernières règles le 26 juin. Depuis, la malade n'a rien vu. La grossesse suit son cours? Phénomènes sympathiques. Vomissements abondants.

Le 6 septembre elle est allée trouver une faiseuse d'anges qui, sans précautions aseptiques, sans soins d'aucune sorte, lui fait une injection (Pas d'autres détails, cependant la malade raconte que l'instrument ayant servi à faire l'injection était pointu). Après cette injection,

glaires abondantes, menaces de syncope, c'est à peine si la malade peut descendre de chez la matrone. Arrivée chez elle, la fausse couche se produit le soir même, et elle dit avoir vu nettement le fœtus au milieu des caillots. Pas de douleurs au moment de la fausse couche, mais la nuit douleur dans tout le ventre. Depuis, la malade continue à souffrir et à perdre un peu. Elle entre à la maternité le 9 septembre; on lui fait un lavage utérin qui ramène des débris placentaires.

Le 10 septembre le ventre est ballonné, tendu, douloureux, vomissements bilieux et diarrhée profuse; léger subictère aux conjonctives. Anesthésie et délivrance, pas de débris, curage digital. Ecouvillonnage. Injection iodée prolongée. Les jours suivants on fait des injections intra-utérines au sérum artificiel. Des abcès de fixation ne réussissent pas malgré 2 tentatives. La malade meurt le 26.

Autopsie : Faite 24 heures après la mort. L'abdomen est distendu par les gaz; il est énorme et sonore. A l'ouverture de la cavité péritonéale, les anses sont dilatées, (la séreuse a perdu son poli habituel) et adhérentes. Des languettes fibrineuses les unissent les unes aux autres et avec le péritoine pariétal. Cette péritonite plastique est disséminée sur toute la hauteur de l'intestin. Pas de liquide dans la grande cavité, on décolle les anses intestinales jusqu'en bas. Au petit bassin on doit rompre de fortes adhérences qui découvrent une grosse collection purulente siégeant entre la vessie et l'utérus.

La vessie est normale, n'a pas subi de traumatisme.

Le péritoine inter-utéro-vésical est épaissi; il formait avec la face antérieure de l'isthme ainsi que les anses grêles, les parois de l'abcès. Au fond on note une grande déchirure à bord sphacelés anfractueux. Dans le Douglas nouvelle collection purulente bien enkystée.

Ici : 1° abcès de la face antérieure et de la face postérieure de l'isthme; 2° perforation gangréneuse du fond.

Observation X

(Commandeur et Gonnet, *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon*, 1909).

Perforation de la face postérieure de l'utérus.

Il s'agit d'une primipare de 32 ans, entrée à l'infirmerie pour avortement de quatre mois, datant de la veille.

Ictère foncé. Abdomen souple, un peu douloureux à droite.

2 jours après l'ictère est aussi foncé, l'abdomen météorisé.

Collapsus et mort le lendemain.

Autopsie : Péritonite généralisée, collection suppurée *sur la face postérieure de l'utérus qui présente une perforation des dimensions d'une pièce de 5 francs.*

Ici perforation de la **face postérieure**.

Observation XI

(Tirée de la *thèse* de Zehnter, Strasbourg, 1920-21).

Perforation gangréneuse de l'utérus à la suite de manœuvres abortives

Il s'agit d'une IIpare de 25 ans, enceinte de 2 mois. Un curettage a été fait par un médecin de la ville, pour métrorragies survenues spontanément (?). La mort survient au bout de 12 jours.

Autopsie : on découvre *une perforation gangréneuse de l'utérus, à sa paroi postérieure*, avec formation d'abcès. (L'étude microscopique confirme ce diagnostic). Le péritoine n'est pas percé; abcès du paramètre droit.

Foyers gangréneux dans le poumon.

Ici perforation de la **face postérieure**.

CHAPITRE II

Les perforations non gangréneuses

Observation XII

(Réunion d'Obstétrique et de Gynécologie de Lille, 12 juillet 1919).

Paucot : Perforation utérine par manœuvres abortives.

La malade qui fait le sujet de cette observation, entre à la Maternité pour rétention placentaire. En dilatant, en vue d'un curetage, l'auteur pénètre avec une bougie dans une fausse route située dans la région de l'isthme à droite et en arrière; des caillots noirs sortent à ce moment de l'utérus. Croyant à une perforation utérine, il estime, la malade ayant un peu de température, la laparotomie nécessaire.

Il trouve dans le péritoine un peu de liquide incolore et une légère rougeur du Douglas; et, au niveau de la face postérieure du ligament large une petite surface cruentée qu'il enfouit par un surjet. Le toucher intra-utérin *montre que le doigt, traversant la perforation, arrive sous le péritoine, à droite et en arrière de l'isthme*, dans une cavité qui contenait les caillots et qui est située dans le ligament large, mais qu'il n'y a pas de perforation véritable. Il laisse l'utérus et les annexes qui sont sains. La réunion se fait *per primam*.

Ici la perforation siège dans le ligament large droit.

Observation XIII

(Communication du Dr Stravidès (d'Athènes) tirée du *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 11 juin 1923).

Un cas de perforation de l'utérus à la suite de manœuvres abortives. Hématocèle du ligament large droit infectée.

Observation XIV

(Thèse de Rebreyend. Obs. n° CXXXIII).

Dans cette observation, la femme a introduit, elle-même, un fuseau dans sa cavité utérine. Celui-ci s'étant brisé et n'ayant pu être retiré, la malade s'est fait une *perforation au-dessous de l'orifice interne du col*.

Ici perforation **du col utérin** dans sa portion supérieure.

Observation XV

(Tirée du Dr Zimblér en 1914).

Le Dr Zimblér donne une observation de femme, qui s'est enfoncé une plume d'oie dans l'orifice cervical, et l'objet, lui ayant échappé, resta inclus dans la cavité. En soulevant un seau d'eau, elle ressentit, dans la suite, une vive douleur, — dit-elle, et vient nous trouver.

L'extirpation est faite, la perforation siégeait à la face postérieure de l'isthme.

Ici perforation de la **face postérieure de l'isthme**.

Observation XVI

(Réunion d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon, 12 février 1912).

Planchu : Perforation utérine abortive par instrument piquant.
Péritonite hyperseptique. Mort.

B... née J... a eu une première grossesse il y a 9 ans. L'enfant est vivant, bien portant. Dans le désir de conserver unique cet enfant la malade a tout fait pour éviter une 2^e grossesse. Malgré tout celle-ci est survenue en novembre 1911. Il est probable qu'elle fut accueillie avec désespoir et que des manœuvres abortives furent pratiquées. Les aveux de la malade furent incertains et sans précision. Quoi qu'il en soit, la malade entre dans mon service le 13 janvier 1912, avec son œuf ouvert, quelques pertes sanguinolentes fétides, et une température de 38° 2. La malade souffrait du ventre, avait un peu de dyspnée, le pouls à 120, avait vomi 2 fois; mais en somme pas de phénomènes graves.

Dans la nuit du 13 au 14 elle expulse un fœtus de 7 cm. de longueur, sans lésion apparente, et le soir la température monte à 39° 6.

Le 15 au matin, la température étant de 38° 7, le facies grippé, la rétention placentaire étant certaine, mon interne décida un curage digital. Mais le col étant peu perméable il décide l'expectation jusqu'à mon arrivée, l'état général de la malade s'étant complètement aggravé. Très rapidement apparaissent des phénomènes péritonéaux impressionnants, de la dyspnée (40 respirations), un pouls à 160, de la cyanose générale, des douleurs intenses abdominales, et, avant que j'aie eu le temps d'arriver dans le service la malade succombe.

A l'autopsie : Rougeur diffuse des anses grêles et de l'épiploon. En mobilisant ces dernières on détache quelques adhérences lâches avec l'utérus et, en éversant ce dernier en avant, on trouve dans le cul-de-sac de Douglas environ 150 gr. de liquide trouble sans odeur, et, sur la face postérieure se voit une perforation de 1/2 cm. de longueur sur 3 mm. de largeur. L'utérus enlevé et ouvert, on passe avec la plus grande facilité une sonde cannelée par un trajet oblique commençant non loin de l'orifice interne du col et aboutissant au niveau de la partie

moyenne du corps utérin. Cette perforation est de date récente, n'étant pas modifiée par des phénomènes septiques et gangréneux, la malade ayant été enlevée par une péritonite hyperseptique qui ne remontait vraisemblablement pas à 2 ou 3 jours.

Ici la perforation lèse **la paroi postérieure.**

Observation XVII

(*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lunéville*, 1912, p. 404).

G. Michel : Perforation utérine à la suite de manœuvres abortives.

Il s'agit d'une jeune femme déjà mère d'un enfant, et qui se croyant enceinte s'est fait avorter. Elle cache pendant plus d'un mois, à son entourage, qu'elle a subi des manœuvres. Au bout de ce temps elle fait appeler un confrère.

Elle lui déclare qu'elle souffre du ventre, qu'elle a un retard de règles appréciable, puis dit avoir éprouvé une douleur tellement vive qu'elle a cru avoir une syncope. Elle perd un peu depuis cette époque. Notre confrère pense à une rupture de grossesse tubaire ayant donné une hématocele, trouvant les culs-de-sac remplis, de la température, et porte d'une façon ferme le diagnostic. Il prescrit l'immobilité, de grandes injections chaudes et de la glace sur le ventre. La douleur est atténuée, la masse presque en arrière de l'utérus lui paraît diminuée, il continue le même traitement. Mais comme la douleur persiste, il demande avis à G. Michel.

Me basant sur les commémoratifs que l'on me dit, et sur les signes donnés par le toucher, la malade faisant de temps en temps une petite élévation thermique, et commençant à souffrir je confirme le diagnostic et propose l'intervention qui est tout de suite acceptée, et je fais une laparotomie.

L'utérus paraît sain avec un fond normal. Les annexes sont saines. *En arrière de l'utérus, au niveau de l'isthme une anse grêle et l'S Ili-*

que sont absolument fusionnées au muscle utérin. L'adhérence est si intime que le décollement n'est pas tenté. On referme la paroi.

La guérison a eu lieu et les anses intestinales ont gardé leur bon fonctionnement.

La perforation est ici **postérieure**; la réaction péritonéale a eu le temps de se faire, les anses intestinales ont empêché la communication de l'utérus avec la cavité abdominale en obturant la perforation.

CHAPITRE III

Etude des Observations

De la lecture du chapitre précédent nous retirerons tout d'abord les trois notions suivantes.

1° Il existe des cas où la perforation gangréneuse, nettement constatée, n'a point le siège habituel et occupe l'isthme ou le col de l'utérus.

2° La manœuvre abortive peut entraîner, au niveau de l'isthme et du col utérins, une perforation sans gangrène. Les conséquences en sont l'hémorragie grave, ou la péritonite localisée ou non, ou la formation d'abcès.

3° Les renseignements obtenus des malades sont très rarement complets.

I

Nous avons classé les observations suivant la localisation de la plaque de sphacèle. Il nous sera facile de voir ainsi la fréquence avec laquelle telle ou telle portion du muscle utérin (au niveau de son col et de son isthme), a été atteinte.

La *paroi antérieure* porte cinq fois la lésion typique, que nous ne retrouvons qu'une fois sur la *face latérale droite*. Nous n'avons pas eu entre les mains de communications, ou d'observation, mentionnant sur la *paroi gauche* des traces de nécrose post-abortive; cette singularité mérite d'être signalée. Quant à la *paroi postérieure*, elle est cinq fois lésée dans l'intégrité de ses tissus.

Ainsi les parois latérales semblent être épargnées, dans une certaine mesure, par l'extrémité des instruments employés; et le fait est explicable. Imaginons, en effet, l'objet vulnérant, dirigé autant que possible dans un plan sagittal par l'opérateur, et guidé d'autre part dans ce même plan par le canal cervical déjà franchi. La pointe blessera de préférence la face antérieure ou la face postérieure avec laquelle elle restera plus facilement en contact ¹.

II

Pour ce qui est des six observations, où la perforation n'a pas été suivie de gangrène, nous les avons jugées intéressantes à plusieurs points de vue.

N'est-ce point, tout d'abord, curieux, de voir évoluer sans trop de fracas cette lésion causée par un instrument septique, emportant avec lui des germes assez virulents pour entraîner souvent la mortification rapide des tissusensemencés? La virulence sans doute, a été amoindrie, et ce ne sont plus que des agents microbiens peu dangereux que la canule pointue vient déposer dans un ligament large, pourtant terrain de choix pour l'éclosion d'un phlegmon (*Obs.* 12 et 13). Il s'est épanché un peu de sang, et la suppuration s'est localisée, menaçante sans doute, mais bien isolée de la grande cavité. La cloison cellulaire n'est pas toujours là, et l'épiploon ou les anses grêles y suppléent, quand ils ont le temps d'organiser des adhérences fibrineuses (*Obs.* 17). Sinon le péritoine est perforé, inoculé directement d'une façon massive, la malade meurt rapidement (*obs.* 16). Quel qu'ait été le résultat de ces perforations sans gangrène, nous voyons que :

dans quatre cas, elles siègent sur *la paroi postérieure*;

1. Nous laissons de côté, dans cet exposé, les cas où le fond est enfin blessé par la progression du corps étranger poussé, puisque c'est le cas le plus courant; nous ne nous occupons que des cas où le corps est arrêté dans la portion moyenne de la cavité utérine.

dans deux cas, elles siègent sur *la paroi latérale*.

Enfin, deux femmes ont reconnu avoir pratiqué elles-mêmes les manœuvres, l'une s'est introduit un fuseau, l'autre une plume d'oie; ce fait est très important.

III

Toute la difficulté est là, en effet : obtenir des aveux. Tandis que quelques-unes donnent des explications vagues sur la provenance de leur mal, d'autres s'embrouillent dans les détails, affirmant successivement deux faits contradictoires. Elles arrivent à l'hôpital se plaignant de troubles imprécis, laissant au médecin le soin de tout chercher et de tout découvrir alors qu'elle devrait l'aider dans l'établissement de son diagnostic. Ou bien, elles attirent l'attention, par leurs réticences et les renseignements variables qu'elles fournissent. Mais là, la méfiance est éveillée, l'on est sur la voie.

Quelquefois l'aveu est obtenu. La malade pressée finit par donner des indications, après avoir commencé par nier, et la thérapeutique bien orientée peut être efficace, appliquée à temps. Une fois que l'on a appris, de la femme même, qu'il y a eu des tentatives d'avortement, il est bien rare que l'on puisse en savoir davantage : la matrone n'est presque jamais dénoncée; il y a plutôt une auto-accusation.

Même si la malade consent à parler et déclare s'être rendue chez une sage-femme ou ailleurs, ce qu'elle peut dire se réduit à bien peu. C'est affolée qu'elle a été trouver la « faiseuse d'anges », et cette dernière, rusée, l'a fait revenir plusieurs fois de suite, l'examinant debout, ou assise sur le bord d'une chaise (une table d'examen frapperait l'imagination et aussi... la mémoire !), et, ce n'est qu'au bout de quelques séances qu'elle a introduit l'instrument sans le montrer, un doigt placé dans le vagin et repérant l'orifice du col. Ainsi sa cliente n'a rien remarqué de plus que les jours précédents, si elle doit avouer. L'opération a été faite rapidement (il faut en finir au plus

vite sans attirer l'attention de la patiente, et comme le danger des pratiques est connu tout est fait vivement, violemment même quelquefois) hâtée par l'apparition d'une douleur au bas ventre. Et c'est tout ce que nous pourrions savoir.

Qu'a ressenti la patiente au cours de ces manœuvres ? Brouardel, dans son ouvrage sur « l'avortement », nous dit page 178 : « Quand il s'agit d'avortement criminel, beaucoup de femmes disent avoir ressenti une sorte de « farfouillement » ou une piqure. Si l'on injecte un liquide, ainsi que cela se pratique pour décoller les membranes, certaines inculpées disent avoir senti comme un gargouillement et perçu le liquide monter dans le corps. Cependant, le plus souvent, elles ne sentent rien ». L'étude de ces sensations a amené M. P. Berger à conclure que la piqure lui paraît devoir être rapportée au contact de l'instrument ou des doigts avec le vagin. Quant aux vives douleurs et à l'état syncopal, ils seraient dus aux mouvements imprimés à l'utérus. L'émotion qui plonge la femme venant chez l'avorteuse, dans un état d'éréthisme nerveux accentué, trouble ses impressions et on ne peut ajouter une foi absolue à son récit.

Après avoir lu bon nombre d'observations d'avortements provoqués, il nous semble que l'introduction dans l'utérus d'un corps étranger, pouvant pénétrer dans la cavité sans être gêné par ses dimensions, n'est pas bien douloureuse. L'impression est vague. Mais, que la paroi utérine soit traversée et la patiente pousse un cri, une vive douleur est éprouvée au bas ventre, assez intense pour provoquer quelquefois une syncope. Nous avons remarqué ce symptôme chaque fois qu'il y a eu perforation (il est signalé obs. 14, et dans l'observation mise en note au chapitre II)¹. Cette douleur gênera la

1. Ajoutons deux exemples où la perforation fut suivie de douleur. Rebreyend dans sa thèse de 1901 nous parle tout d'abord d'une jeune fille, à qui une sage-femme introduit un instrument dans l'utérus, pour la faire avorter. Elle ressent une grosse douleur, au moment de la pénétration, et elle meurt par la suite. L'autopsie révèle une perforation de la paroi postérieure.

Dans une autre observation... « cette femme lui avait introduit dans la partie un instrument qui lui avait causé une vive douleur... » et l'on constata une déchirure du col utérin.

femme qui fait une fausse route, au cours de tentatives d'avortement provoqué faites par elle-même.

La moins initiée sait l'indispensable : reconnaître l'orifice cervical au bout du doigt introduit dans le vagin, et ainsi guider la pénétration de la sonde en caoutchouc durci, ou de la plume d'oie, ou du fuseau... ou même de la pointe de ciseaux fermés. Les plus renseignées s'accroupissent, et, dans un miroir placé sur le sol, voient le col lui-même après avoir écarté les parois vaginales, ou s'être introduit au préalable un speculum (les deux faits ont été observés ; pour le second, c'est une sage-femme qui vendait le speculum et en donnait l'usage). Une dame pouvait, dans la position accroupie, en faisant un effort, faire affleurer le col à la vulve, et, l'opération était aisée : plusieurs grossesses avaient ainsi été interrompues. Mais ce cas est spécial et dans la plupart des cas l'utérus en place est difficilement visible quant à son col et l'usage du spéculum n'est pas courant. Il est donc malaisé pour une femme après avoir atteint son col à bout de doigt, de faire pénétrer ensuite convenablement l'instrument qu'elle tient de l'autre main. Elle a tendance à l'enfoncer de bas en haut et surtout d'avant en arrière, allant ainsi buter sur la paroi postérieure de l'isthme. Il faudrait alors lui prêter une connaissance anatomique de la région assez précise, pour penser qu'elle saura porter sa main active en arrière¹ et pousser sensiblement suivant la verticale, de bas en haut. La plume d'oie, le fuseau, la canule en os, etc... s'arrêtent donc sur la paroi, la blessant plus ou moins mais l'inoculant aussi. La douleur ressentie termine les tentatives faites pour corriger la mauvaise direction donnée à l'objet vulnérant.

S'il y a rétroversion accentuée on peut admettre que la lésion siègera sur la face antérieure.

Actuellement, si c'est une sage-femme qui fait les manœuvres

¹ Nous insistons sur ce geste : la femme doit porter sa main active très en arrière, et l'instrument est saisi par son extrémité inférieure ; pour l'accomplir, il faut un effort. Est-il possible dans les cas où l'anxiété est grande et où la femme a peur de souffrir ?

abortives, son instruction lui commandera l'asepsie et les gestes à faire. Il y aura peut-être quelquefois infection, mais au fond surtout. Et les matrones en savent évidemment assez long pour faire leur métier sans trop d'ennuis.

IV

Si nous réunissons, parmi les cas de perforation de la **face postérieure** de l'utérus, gangréneuse ou non, ceux où les renseignements ont pu donner le caractère étranger de la manœuvre nous voyons que.

I.— Parmi les perforations gangréneuses (obs. 7 à 11 inclus).

Dans 2 cas c'est une matrone qui a pratiqué la manœuvre ;

Dans 3 cas, nous ne savons rien.

II.— Parmi les perforations non gangréneuses (obs. 14 à 17) :

2 fois la femme a avoué avoir agi elle-même ;

1 fois, nous n'avons aucun aveu.

1 fois, c'est une étrangère qui a introduit l'instrument.

Et le résultat global donne :

Sur 9 cas : 3 fois une main étrangère est accusée ; 4 fois nous ne savons rien ; 2 fois seulement nous savons qu'il y a eu auto-avortement.

Ce qui semble contradictoire avec notre opinion. Mais en étudiant les cas de main étrangère (obs. 7, obs. 9, obs. 17) nous voyons que :

Pour l'observation 7, il s'agit d'une vieille matrone, nous ne discuterons pas sur l'âge de la personne incriminée, pas plus que sur la date à laquelle le fait se passait, et nous admettons que la perforation ait été faite par une main étrangère.

Pour l'observation 9, les lésions démontrent surtout un gros état infectieux, comme ceux qui suivent les injections intra-utérines septiques, faites pour décoller les membranes.

Enfin, pour l'observation 17, le renseignement est vague

la femme « s'est fait avorter »... « Elle cache à son entourage... » or nous savons ce que les confidences valent dans ces cas. Admettons cependant l'origine étrangère de la manœuvre. Alors, sur 9 cas de perforation postérieure, le résultat global devient :

- 2 fois une main étrangère est accusée ;
- 2 fois, c'est la femme elle-même qui a agi ;
- 5 fois, nous n'avons aucune précision.

Avant de passer au chapitre suivant, nous voudrions fixer, en quelques mots, les idées exprimées dans les pages qui précèdent.

Ainsi, si les perforations gangréneuses de l'utérus, consécutives à des manœuvres abortives, sont extrêmement rares sur les parois latérales de l'isthme et du col, elles existent sur les autres parois. Par les renseignements obtenus au cours de l'interrogatoire de ces malades, il est difficile de juger de la fréquence avec laquelle elles tiennent elles-mêmes l'instrument qui doit les faire avorter. Et, dans les cas de perforation postérieure, l'essai de brève statistique n'entraîne pas de conclusions fermes, en ce qui concerne le caractère personnel de la manœuvre abortive. Néanmoins, l'idée que nous avons retirée, de l'étude des techniques employées, est que la femme en pratiquant sur elle-même la manœuvre criminelle, a beaucoup plus de chances de blesser et d'inoculer la paroi postérieure de son isthme utérin.

CHAPITRE IV.

Un cas typique de gangrène utérine de siège anormal.

L'étude qui précède nous conduit à considérer que les perforations gangréneuses de l'utérus, siégeant à la paroi postérieure de l'isthme, peuvent être dues à des manœuvres abortives que la femme elle-même a tentées. Non avertie de la disposition anatomique de sa « matrice », elle dirige mal l'instrument qu'elle a fait pénétrer dans l'orifice cervical, et elle se blesse, ... s'infectant aussi. Il nous semble que sa main, plus qu'une main étrangère, a des chances de diriger l'objet vulnérant sur la paroi postérieure de l'isthme utérin.

C'est là une notion dont le médecin expert pourra avoir à tenir compte, en même temps que des renseignements recueillis au cours de l'enquête. Il en fut ainsi pour le cas que nous relatons dans l'observation suivante de MM. Lande et Dorolle. Une femme, bien portante jusque là, tombe gravement malade brusquement et meurt en peu de jours. Ni médecin, ni sage-femme n'ont été appelés. La mort paraît suspecte, le médecin d'état-civil refuse le permis d'inhumer et l'autopsie est ordonnée après enquête, pour donner la cause de la mort. L'utérus présente une portion gangrénée, il contient quelques débris placentaires : il y a eu manœuvre abortive. Mais le siège de la lésion est anormal. Que doit conclure le médecin expert ?

Observation XVIII

Gangrène utérine attribuée à des manœuvres abortives.

(P. Lande et P. Dorolle).

Mme L..., âgée de 36 ans, mère de deux enfants actuellement vivants, a déjà fait une fausse couche, il y a trois ans; elle a eu une péritonite la même année et, depuis lors, elle était malade. Elle ne voulait pas avoir d'autres enfants et elle a déclaré avoir pris trois pilules Dupuis pour essayer de provoquer le retour des règles qu'elle n'avait pas vues depuis le mois de décembre. Elle prenait souvent de ces pilules, étant sujette à la constipation.

Elle s'est alitée le 30 janvier 1924, se plaignant de douleurs abdominales, elle a perdu beaucoup de sang, le lendemain (après avoir pris les trois pilules Dupuis) et les jours suivants, elle s'est progressivement affaiblie et elle est morte le 4 février (D'après le P.-V. d'enquête).

Ni médecin, ni sage-femme n'ont été appelés auprès d'elle et le médecin de l'Etat-civil a refusé le permis d'inhumer.

Aspect extérieur du cadavre, le 6 février 1924. — Le cadavre est celui d'une femme de constitution en apparence peu robuste.

La putréfaction est commencée : elle se traduit par la coloration verte de la paroi abdominale. La rigidité cadavérique a disparu.

Pas d'ictère.

Un peu de liquide sanguinolent souille la vulve.

Par la pression des seins, qui ne sont pas très volumineux, on fait sourdre du liquide lactescent.

Aucune trace apparente de violences sur la surface du corps.

Ouverture du corps. — Pas de suffusions sanguines sous le cuir chevelu.

Rien de particulier à signaler sur le crâne, les méninges, l'encéphale.

Rien d'anormal sur la muqueuse de la cavité buccale, du pharynx ou de l'œsophage.

Quelques adhérences pleurales du côté droit et du côté gauche, et lésions anciennes, de nature vraisemblablement bacillaire, au sommet du poumon droit.

Cœur mou, altéré par la putréfaction, dont les cavités droites contiennent des caillots fibrineux. Pas de lésions valvulaires appréciables.

Le foie, de couleur rouge-brun, présente à sa surface les plaques jaunâtres caractéristiques du foie infectieux. La rate est diffluente.

Les reins sont brunâtres; quand on la détache, la capsule entraîne des parcelles de substance corticale. Il n'y a dans l'estomac que quelques grammes d'un liquide roux qui n'exhale aucune odeur caractéristique; pas de suffusions sanguines sous-muqueuses.

Rien de particulier à signaler sur les intestins qui contiennent une petite quantité de matières d'aspect normal.

L'utérus dépasse la symphyse pubienne d'environ quatre travers de doigt, il est globuleux et il a une couleur rouge violacée.

Les annexes du côté droit sont normales en apparence. Du côté gauche, au contraire, elles sont violacées, augmentées de volume (ovaire kystique), mais il n'y a pas d'adhérences.

La vessie est vide.

Pour mieux procéder à l'examen complet des organes génitaux, nous avons prélevé en un seul bloc l'utérus et ses annexes, le vagin et la vulve, la vessie, la partie terminale du rectum, ce qui nous a permis de faire les observations ci-après :

Il n'y a pas de lésions de la vulve, de la muqueuse vaginale ou du col utérin dans sa portion intra-vaginale.

L'utérus est augmenté de volume, il est mou et le col qui est particulièrement gros se continue avec le corps sans ligne de démarcation nette : l'isthme n'est presque pas apparent.

Poids de l'utérus (corps et col) : 875 gram. Longueur totale : 18 centimètres. Longueur approximative du col : 8 centimètres, largeur maximum du corps de l'utérus : 14 centimètres.

L'orifice externe du col utérin est fortement dilaté : il a à peu près 2 centimètres de diamètre et une masse rougeâtre, ayant vaguement l'aspect d'un caillot sanguin, se présente à cet orifice.

Après ouverture de l'utérus on constate que la cavité du col et la cavité du corps sont dilatées et contiennent des masses rougeâtres, comme celle qui se présente à l'orifice externe du col.

La paroi du corps de l'utérus est épaissie et infiltrée de pus que l'on

LÉGENDE

L'utérus représenté sur les figures I et II est celui dont il est question dans l'observation de MM. Lande et Dorolle. L'épreuve photographique donnant une impression d'ensemble plus nette et plus rapprochée de la vérité, mais ne pouvant rendre les détails des régions ombrées, nous lui avons adjoint la reproduction fortement réduite d'un dessin demi-schématique fait par notre ami le ^r L. Sanner. Celui-ci a fidèlement rendu les particularités intéressantes du modèle. Et c'est la description de son dessin (figure II) qui nous permettra de mieux faire comprendre les lésions constatées sur la photographie (figure I).

L'organe se présente ouvert par sa face postérieure, les tranches de section étant fortement réclinées à droite et à gauche. Les parois de l'organe sont épaisses et dans sa cavité, de surface irrégulière, se voit à la partie supérieure, un fragment de placenta resté adhérent.

A l'union du corps et du col (la véritable longueur du col n'est visible que sur le schéma, l'ombre en cachant la moitié inférieure sur la photographie) il existe une perte de substance correspondant à la région sphacélée. La surface en est irrégulière et la cavité creusée en pleine paroi isthmique, menaçait de communiquer en arrière, avec la cavité péritonéale (menace de perforation mieux vue sur la paroi déclinée à droite, du schéma).



Fig. I



Fig. II

fait sourdre par la pression, dans ce pus, examiné au microscope, on reconnaît la présence de nombreux microbes : cocci isolés ou groupés en amas, diplocoques, petits bâtonnets de diverses grosseurs, il n'y a pas seulement du pus et des microbes, sur les préparations, il y a aussi des fibres musculaires de la paroi utérine qui, très friable, s'écrase sous les doigts.

Sur la face interne de la paroi antérieure de l'utérus on remarque une zone ovale de 9 centimètres de longueur sur 6 centimètres de largeur maximum, ayant l'aspect d'une insertion placentaire, et, en effet, l'examen microscopique d'un lambeau de tissu qui, par une de ses extrémités, adhère à cette zone tandis que l'autre extrémité flotte dans la cavité utérine, montre qu'il s'agit bien de placenta. En outre on voit au microscope que les masses rougeâtres qui se trouvent dans la cavité du corps de l'utérus et dans celle du col sont constituées par des caillots sanguins englobant des débris de placenta.

L'utérus exhale une odeur très nette de sphacèle, de gangrène et il présente en effet sur sa face postérieure, à l'union à peu près du corps et du col, une zone de gangrène localisée mesurant environ 4 centimètres 1/2 de diamètre. Au niveau de cette zone la paroi utérine, en partie détruite, se trouve réduite à une faible épaisseur et la lésion évoluait vers la perforation qui, sans doute, n'aurait pas tardé à se produire si la mort n'était pas survenue.

Pas de lésion de la partie terminale du rectum.

En résumé. — Mme L..., s'est bien trouvée en état de grossesse, mais le cours de cette grossesse a été récemment interrompu : l'utérus sur lequel on distingue nettement l'insertion placentaire contient encore des débris de placenta.

A en juger par les dimensions actuelles de l'utérus, la grossesse devait être assez avancée (4 à 5 mois), mais on ne peut donner de précisions à ce sujet car on sait qu'une réaction inflammatoire très vive comme celle qui existait dans le cas qui nous occupe retarde la régression utérine et modifie le principal élément d'appréciation sur lequel on pourrait se baser.

Il ne ressort pas de nos constatations que l'interruption de la grossesse puisse être uniquement due à un mauvais état de santé antérieur.

Nous n'avons rien remarqué qui puisse faire penser à l'absorption de substances inégalement ayant la réputation d'exercer une influence fâcheuse sur le cours de la grossesse et nous ne croyons pas que l'absorption de trois pilules Dupuis par une femme habituée à prendre de ces pilules (d'après le P.-V. d'enquête) ait pu suffire pour provoquer l'avortement.

Par contre, il existe, vers l'union des deux cavités corps et col de l'utérus, c'est-à-dire au niveau de l'isthme, une gangrène localisée à laquelle nous ne voyons pas d'autre origine possible qu'une manœuvre intra-utérine ayant eu pour conséquence une blessure que la destruction partielle de la paroi utérine[par le processus gangréneux ne permet plus de retrouver, cette manœuvre ayant d'ailleurs pu être pratiquée par la femme elle-même, d'après le siège de la lésion.

La mort est due à un état infectieux consécutif à la lésion utérine.

Cette observation que nous venons de donner, mérite la place que nous lui avons choisie dans notre travail. Elle relate, presque, un fait banal en médecine légale, puisque le médecin expert doit déterminer la cause de la mort. Et si celle-ci apparaît comme due à des manœuvres abortives ayant amené la gangrène de l'utérus, le siège de cette gangrène est rarement constaté : c'est la paroi postérieure de l'isthme qui est sphacélée. Mais une autre question se pose. Qui a pratiqué ces manœuvres mortelles ? *Une avorteuse ou la femme elle-même ?*

C'est le siège de la lésion qui répondra : il est très probable que c'est la femme elle-même qui est l'auteur de sa mort.

Et dans le résumé de cette observation de MM. Lande et Dorolle, nous trouvons pour notre travail un appui en même temps que des conclusions.

ANNEXE

Rattachant à notre sujet une idée dernièrement reprise à la Société de Médecine Légale, qu'il nous soit permis de la rappeler après le Dr Lande qui en a parlé dans sa leçon d'ouverture le 14 novembre 1924. Il s'agit de la généralisation à toute la France¹ de la mesure instituant des médecins vérificateurs de décès ; leur rôle apparaîtra clairement à l'exposé d'une affaire judiciaire récente.

Un homme décédé après une intervention chirurgicale est inhumé sans difficulté, le certificat du médecin traitant portant, comme cause de la mort : œdème pulmonaire consécutif à l'anesthésie. Mais sur la dénonciation d'une amie du défunt, qui prétend qu'un crime a été commis, l'autopsie est faite et révèle la présence d'un projectile dans les os de la face : la cause véritable est établie : l'intervention chirurgicale avait pour but l'extraction d'une balle de revolver, et la justice est saisie. L'amie avait eu les confidences avant l'opération ; que l'homme n'eût point pu parler en raison de sa faiblesse nul n'eût été au courant du drame et cela parce que

1. Déjà par un arrêté du 21 vendémiaire an XI, le préfet Frochot avait organisé un service de vérification de décès pour Paris et le département de la Seine en. En 1866, le Sénat demanda au Gouvernement des mesures pour assurer le décès, et, sur avis du conseil d'Hygiène de la Seine et sur rapport de Devergie le ministre de l'Intérieur Lavalette adresse une circulaire ordonnant l'obligation de la constatation de décès dans toutes les communes de France suivant les méthodes en usage dans le département de la Seine. Or, actuellement, dans certaines grandes villes, on se contente de certificats rédigés par le médecin traitant, ou bien de déclarations de membres de la famille.

l'on avait demandé au médecin de la famille, lié par le secret professionnel, de ne pas révéler le scandale.

Une autre fois, toujours pour éviter le scandale, le médecin traitant certifiera que la mort est due à une péritonite alors qu'il aura donné ses soins pour une infection aiguë due à des manœuvres abortives; et le crime restera impuni, puisque le médecin traitant ne peut et ne doit le dénoncer.

Devant le nombre toujours croissant des avortements² provoqués à la suite de la vulgarisation des procédés efficaces, peut-on rester inactifs? Sans doute, nous devons encourager, conseiller et abriter la femme qui veut cacher sa grossesse comme le dit Bausset dans sa thèse de 1907. Mais aussi, aidons la justice à découvrir les coupables, en lui indiquant les victimes qu'elle se chargera de venger. Dans cette tâche, ce n'est pas à un médecin traitant que doit incomber le soin de dénoncer la mort suspecte. Lui doit respecter le secret professionnel que lui a appris à ne pas violer bien avant les lois le traditionnel serment d'Hippocrate, il ne doit pas parler. De là l'institution de médecins d'état civil vérificateurs de décès, qui signeront les certificats indiquant que la mort est constante, qu'elle est due à une cause naturelle ou non, à une maladie épidémique ou non. Ainsi le malade y trouvera sa sécurité en cas de mort apparente, la Justice pourra intervenir s'il y a doute et les précautions contre une contagion possible seront prises à temps. Ces médecins n'étant pas liés à la clientèle seront plus libres pour renseigner la Justice ou l'Hygiène dans un but de protection supérieur puisque la Société en bénéficiera au préjudice de l'individu sans doute, mais d'un seul pour le bien de tous.

2. Le D^r Bertillon, au III^e congrès de Médecine légale de France en 1911 proposait contre l'accroissement du nombre des avortements les mesures suivantes.

- 1° Diminuer le nombre des sages-femmes;
- 2° Les soumettre à un contrôle;
- 3° Inscrire comme une maladie de déclaration obligatoire l'avortement naturel,

Et nous insistons sur cette question après MM. Tissier, E. Martin, Balthazard, Michel et Lande, espérant que bientôt il sera tenu compte du vœu émis¹ par la Société de Méd. L. légale, en 1923, généralisant l'adjonction aux médecins traitants de médecins d'état civil, disposition qui n'existe que dans certaines grandes villes.

Avec MM. Tissier, Michel et Balthazard, l'Assemblée émet le désir qu'une loi et non une mesure administrative désigne des médecins vérificateurs de décès.

L'article 77 du Code civil serait ainsi modifié. Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation sur papier libre et sans frais, de l'officier de l'état civil, qui ne pourra la délivrer (dans les villes de plus de 10.000 h.), qu'après avoir *fait vérifier le décès par un docteur médecin assermenté* dans les 24 heures qui suivront le moment de la déclaration à la mairie. Ces délais pourront être abrégés si le corps est dans un état de putréfaction avancé ou si sa présence constitue un danger.

L'article 15 de la loi du 30 nov. 1892 subirait l'addendum infine. Tout docteur en médecine sera tenu également de faire dans les 12 heures... la déclaration des décès qu'il aurait été appelé à constater. La déclaration devra indiquer la cause du décès toutes les fois qu'il aura été une conséquence d'une maladie épidémique ou contagieuse portée sur la liste dressée par arrêté du ministre de l'Intérieur après avis de l'Académie de Médecine et du comité consultatif d'Hygiène publique de France. Le même arrêté fixera le mode de déclaration des décès.

Article 21 de la loi du 30 nov. 1892. — Tout docteur en médecine qui n'aurait pas fait les déclarations prescrites par l'article 15 sera puni d'une amende de 50 à 200 francs.

CONCLUSIONS

I. Les manœuvres abortives directes, que l'on pratique au cours des premiers mois de la grossesse, notamment celles qui ont pour but la perforation des membranes, peuvent entraîner une gangrène localisée à l'isthme utérin.

II. Notre opinion, pour les raisons exposées au cours de ce travail, est que, lorsque la lésion siège à la face postérieure de l'isthme, l'auteur de la manœuvre est plus vraisemblablement la femme elle-même.

III. La présence de la lésion sur la paroi antérieure nous conduirait aux mêmes conclusions, si l'on constatait en même temps une rétroversion accentuée.

Vu : Bon à imprimer,

Le Président de la Thèse,

P. LANDE.

Vu :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 6 Décembre 1924,
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Archives de Gynécologie et d'Obstétrique.

Archives de Médecine Légale.

Balthazard. — Précis de Médecine Légale (1906).

Bausset. — Thèse Paris 1907.

Bertillon. — L'avortement au point de vue médico-légal. (*Congrès des praticiens* 1911).

Brouardel. — L'Avortement criminel, 1901.

Courblin. — Péritonite putride et gangrène de la trompe. (*Bull. d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1923).

Commandeur et Gonnet. — *L'obstétrique* 1909.

Escande. — *Etude clinique des avortements*. Paris 1903.

Job. — Gangrène utérine d'origine traumatique. (*Bull. Obst. et Gyn.* Toulouse 1912).

Julien. — Avortement criminel par perforation de l'utérus (*id.*).

Lapointe. — *Annales d'obstétrique et gynécologie* 1906.

Maleef. — Etude clinique des perforations utérines abortives, Lyon thèse Lyon, 1905.

Martin. — L'avortement criminel et le secret professionnel. (*Revue philanthropique de Paris* 1923).

Miquel. — Perforations utérines graves au cours du curettage et de l'hystérométrie. Paris, 1902.

Morlet. — Perforation post partum et post abortum Paris 1904-05.

Paucot. — Perforation utérine par manœuvres abortives. (*Bulletin d'Obst. et de Gynécologie*, juillet 1919).

- Paul.** — Contribution à l'étude de l'avortement criminel : les perforations utérines gangréneuses. *Thèse*, Paris 1905-06.
- Rebreyend.** — *Thèse*, Paris 1901.
- Reeb.** — Congrès de la fièvre puerpérale, 1923.
- de Rouville.** — (*Bull. de la Sté d'Obstétrique et de Gynécologie* 1923).
- Stein (Arthur)** — Manœuvres abortives en l'absence de grossesse utérine. (*American Journal of obstetrics*, août 1914).
- Shikelé.** — Avortement criminel par injection de Lysol. (*Bull. d'Obstétrique et de Gynécologie*, Strasbourg, juillet 1923).
- Stravidès.** — Communication dans le *Bull. de la Sté d'Obstétr. et de Gynécologie*, 1923.
- Siredey et Faure.** — Gynecologie médicochirurgicale.
- Thoinot.** — Précis de médecine légale 1913.
- Tissier.** — *Bul. de la Sté d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1923.
- Vermelin.** — Un cas d'avortement criminel. (*Bulletin de la Sté d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1921).
- Zehnter.** — Perforations utérines gangréneuses. (*Thèse de Strasbourg* 1921).
- Zimbler.** — *Annales de médecine légale*, 1914.
-

